eckhard, A.
1908.

Aus der dermatologischen Polikinik des Herrn Professor Dr. Jesionek zu Giessen.

Thesis GIESSEN 1908

Über einen Fall von Lupus erythematodes des Lippenrots.

LANE MEDICAL LIBRARY
300 PASTEUR DRIVE
PALO ALTO, CALIF. 94304

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

der

hohen medizinischen Fakultät

der

Grossherzoglich Hessischen Ludwigs-Universität zu Giessen

vorgelegt von

Albert Eckhard
approbiertem Arzt aus Neukirchen (Kr. Hünfeld)
(früher Assistent an der dermatologischen Poliklinik des Herrn Prof. Jesionek zu Giessen).

Giessen 1908
Brühl'sche Universitäts-Buch- und Steindruckerei. R. Lange, Giessen.

Aus der dermatologischen Polikinik des Herrn Professor Dr. Jesionek zu Giessen.

Über einen Fall von Lupus erythematodes des Lippenrots.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

der

hohen medizinischen Fakultät

der

Grossherzoglich Hessischen Ludwigs-Universität zu Giessen

vorgelegt von

Albert Eckhard

approbiertem Arzt aus Neukirchen (Kr. Hünfeld)

(früher Assistent an der dermatologischen Poliklinik des Herrn Prof. Jesionek zu Giessen).

Giessen 1908

Brühl'sche Universitäts-Buch- und Steindruckerei. R. Lange, Giessen.

Gedruckt mit Genehmigung der medizinischen Fakultät
der Grossherzoglich Hessischen Landesuniversität zu Giessen.

(Referent: Herr Prof. Dr. Voit zu Giessen.)

Meinem lieben Vater

in herzlichster Dankbarkeit.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40154005_0317

Bisher sind nur wenige Fälle von Lupus erythematodes der Schleimhaut in der Literatur bekanntgegeben worden. Es scheint, als ob die Lokalisation des Lupus erythematodes auf Schleimhaut nicht gerade häufig zur Beobachtung kommt. Dabei ist es allerdings nicht außer Acht zu lassen, daß die objektiven Veränderungen an den vom L. e. befallenen Schleimhäuten sich in engen Grenzen halten und der Wahrnehmung durch den Arzt sich um so leichter entziehen, als wesentliche subjektive Belästigungen dabei nicht vorzukommen pflegen. Aber nicht nur über die Häufigkeit der selbständigen oder komplikatorischen Erkrankung der Schleimhaut sind die Angaben, welche wir in den Lehrbüchern und in der kasuistischen Literatur begegnen, sehr unsichere und widerspruchsvolle, auch das Krankheitsbild selbst findet seitens der verschiedenen Autoren eine verschiedene Zeichnung und Schilderung. Es verhält sich eben mit dem Lupus erythematodes wie mit all den anderen Dermatosen, welchen die Eigentümlichkeit zukommt, nicht nur auf der Haut, sondern auch auf der Schleimhaut in Erscheinung zu treten. Die Lokalisation krankhafter Prozesse auf den der Adspektion unmittelbar zugänglichen Schleimhäuten bedingt nicht unwesentliche Abweichungen von dem Aussehen der einzelnen pathologischen Veränderungen, welche wir auf der äußeren Haut kennen und als spezifisch und charakteristisch anzusprechen gelernt haben. Es erfordert einen schärferen Blick und ein erfahreneres Urteil, die Eigentümlichkeiten der Schleimhauterkrankungen auseinander zu halten, als in den schon seit langer Zeit sichergestellten Krankheitsbildungen an der Körperoberfläche sich zuerechtzufinden. Dazu kommt, daß die Affektionen der Schleimhaut, mögen sie auch noch so verschiedener Ätiologie sein, eine weitaus

größere Ähnlichkeit untereinander aufweisen, als das mit den Efflorescenzen auf der äußeren Haut der Fall ist. Zweifellos bedingen die anatomischen und physiologischen Verhältnisse der Schleimhaut eine größere Einförmigkeit in den krankhaften Manifestationen. Erst die letztere Zeit hat damit begonnen, der Morphologie der kranken Schleimhaut, insonderheit der des Mundes und des Rachens, eine erhöhte Aufmerksamkeit zuzuwenden und mit Schärfe diejenigen Veränderungen hierselbst ins Auge zu fassen, welche die Erkrankungen des eigentlichen Hautgewebes begleiten oder aber auch den Proruptionen an der Haut vorangehen. Ganz besonders der Umstand, daß die Syphilis an der Schleimhaut des Mundes und des Rachens Symptome zeitigt, welche differentialdiagnostisch die größte Bedeutung besitzen, zwingt dazu jene Schleimhautaffektionen, welche im Gefolge von Hautkrankheiten auftreten, mit Sorgfalt zu ergründen. Alle Krankheitszustände, welche mit Veränderungen an dem Schleimhautüberzuge der Mund- und Rachenhöhle einhergehen, erwecken für gewöhnlich von vornherein den Verdacht, daß es sich um Lues handle. Wie leicht wird nicht in solchen Fällen das Vorhandensein von Lues angenommen! Man vergißt nur zu gerne, daß es eine Reihe von Hautkrankheiten gibt, welche ebenso wie die Lues an den genannten Schleimhäuten komplikatorische Läsionen schaffen, und daß syphilitische und nicht syhpilitische Schleimhautveränderungen sich zum Verwechseln ähnlich sehen können.

In einer vortrefflichen Monographie hat Trautmann die verschiedenen Hautkrankheiten besprochen, welche in der Mund- und Rachenhöhle sich lokalisieren können und differentialdiagnostisch die größten Schwierigkeiten zu bieten vermögen. Darunter bespricht Trautmann auch eingehend den Lupus erythematodes der Schleimhaut. Seine Ausführungen beziehen sich auf 30 Fälle aus der Literatur, eine auffällig geringe Zahl, wenn man daneben die umfangreiche Literatur über den Lupus erythematodes der äußeren Haut in Vergleich zieht. In 4 Fällen war die Schleimhautbeteiligung sekundär in Erscheinung getreten, in 17 Fällen war die

Schleimhautaffektion mit der Hauterkrankung koexistierend, in 6 Fällen war die Schleimhauterkrankung der Hauterkrankung vorangegangen, und in 3 Fällen handelte es sich um solitäre Erkrankung der Schleimhaut.

Da sich unsere eigene Beobachtung auf die Erkrankung der Lippenschleimhaut bezieht, wollen wir uns darauf beschränken, bezüglich der Charakteristika der Schleimhauterkrankung im allgemeinen nur das wiederzugeben, was Kaposi und Rille hierüber sagen; Kaposi spricht von hirsekorngroßen Plaques und von seichten roten oder graubelegten Exkoriationen; Rille dagegen schildert die Schleimhautefflorescenzen des Lupus erythematodes als rotumsäumte, bläulich weiße, silbergraue narbenähnliche Plaques ohne jede Exkoriation und ohne jeden Belag. Schon in diesen kurzen Andeutungen macht es sich bemerkbar, wie verschiedene Beurteilung die Schleimhauterkrankung gefunden hat. Wenn wir aber unsere Aufmerksamkeit der Lippenerkrankung zuwenden, sind wir erstaunt, wie sehr die Darstellungen seitens der verschiedenen Autoren differenzieren. Um diese Verhältnisse zu illustrieren, seien hier aus der Zusammenstellung Trautmanns die Prädikate aufgezählt, welche in den kasuistischen Mitteilungen der Affektion der Lippenschleimhaut beigelegt worden sind. Zugleich aber sei hervorgehoben, daß die Schleimhaut der Lippe es ist, welche unter allen Schleimhäuten am häufigsten erkrankt befunden worden ist. In Trautmanns Fällen nimmt die Lippenerkrankung 43,3 % ein; 40 % treffen auf die Wangenschleimhaut, 33,3 % auf den Gaumen, 13,3 % auf die Zunge, 10 % auf den Larynx, 6,7 % auf die Nasenschleimhaut, 6,7 % auf die Tonsillen, je 3,3 % auf den Pharynx, auf die Uvula und auf das Zahnfleisch.

Nach Homolle sind die Efflorescenzen der Lippenschleimhaut erosive Flächen, nach Fox ovale weißliche Plaques, nach Dubreuihl-Meneau veilchenblaue marmorierte Flecke, auf welchen ein feines weißes Netz ausgebreitet ist, nach Dubreuihl-Haßler unregelmäßige rote, kaum erodierte, von kleinen Körnchen bestreute,

bläulich-weiße Plaques. Du Castel nennt die Lippenschleimhaut teilweise violett gefärbt, weißlichrot, abschuppend mit vertikalen Rillen versehen, keine diffusen Flächen seien da gegeben, sondern zahlreiche kleine disseminierte rötliche und exulcerierte Punkte. Roberts spricht von opalinen Flecken und von Schleimhautverdickungen, von kleinen roten vaskularisierten Randzonen, welche sich in der Umgebung verlieren, und auch Feulard spricht von Flecken und von Verdickungen und kleinen roten vaskularisierten Randzonen, welche sich in der Umgebung verlieren.

Also nichts weniger als eine Einheitlichkeit der Schilderung, eine erstaunliche Mannigfaltigkeit des Krankheitsbildes!

Nun muß man allerdings in Erwägung ziehen, daß den verschiedenen Beobachtungen verschiedene Entwicklungsstadien des Leidens zu Grunde gelegen haben werden. Auch auf der äußeren Haut bietet der eben in Erscheinung tretende Lupus erythematodes ein Aussehen dar, welches sich von dem Aussehen des vollentwickelten Krankheitsbildes nicht unwesentlich unterscheidet, und wiederum anders repräsentieren sich die Endstadien des Prozesses. Ganz mit Recht macht Trautmann darauf aufmerksam, daß ein Teil der geschilderten Verschiedenheiten darauf zurückzuführen sei, daß man auch auf der Schleimhaut die zwei Formen des Lupus erythemados auseinander halten müsse, die diskoide, flächenhafte Form und den disseminierten, kleinfleckigen, knötchenähnlichen Typus, denn nur dadurch lasse es sich erklären, daß das eine Mal die Rede sei von Plaques, welche sich vergrößern und ganze Regionen flächenhaft in continuo okkupieren, das andere Mal von einzelnen gut abgegrenzten kleinen Efflorescenzen, welche keine Wachstumsvorgänge aufweisen, sondern sich nur vermehren und auf der Schleimhaut verstreut inmitten ganz gesunder Partien sich befinden.

Aber wie gesagt, das wesentliche Moment, welches die Differenzen der Schilderung und der Beobachtung erklärt,

ist darin zu finden, daß eben auch auf der Schleimhaut die verschiedenen Entwicklungsphasen verschiedene Bilder liefern. Nach dem heutigen Stande unseres Wissens über das Wesen des Krankheitsprozesses beim Lupus erythematodes müssen wir daran festhalten, daß es sich hier um einen umschriebenen Entzündungsvorgang handelt, welcher in atrophischen Zuständen innerhalb des affizierten Gewebes seinen Endausgang findet. Die akut einsetzende Entzündung, die chronisch persistierende Hyperämie und Exsudation, die Atrophie des Cutisgewebes spielen sich auch an der Schleimhaut unter differenten klinischen Symptomen ab. Theoretisch widerspricht nichts der Anschauung, welche Dubreuihl zum Ausdruck gebracht hat, daß wir a priori folgende 3 Stadien bei der Schleimhautaffektion verfolgen können: Beginn der Erkrankung in Form von roten oder rotblauen Plaques, welche ziemlich schlecht abgegrenzt erscheinen, wenig infiltriert sich erweisen und manchmal kleine oberflächliche Exkoriationen erkennen lassen. Anatomisch handelt es sich um Entzündung und ödematöse Schwellung. Die über das Niveau der gesunden Umgebung erhobene Schleimhautdecke in ihrem Zustande der ödematösen Durchfeuchtung untersteht den Einwirkungen der äußeren Schädigungen, und so kommt es zu kleinen Einrissen und Substanzverlusten, und aus diesen können sich oberflächliche Ulcerationen entwickeln. Ein späteres Stadium ist äußerlich durch weißliche narbige Züge gekennzeichnet, welche sich vom Zentrum gegen die bläuliche Randzone hin ausbreiten. Wir haben hier den Beginn der Atrophie und der zentralen Vernarbung vor uns, welche gegen die Peripherie sich zentrifugal ausbreitet. In einer dritten Phase schwindet die Röte, an ihrer Stelle treten die narbigen Marmorierungen in den Vordergrund und schließlich bleibt eine Narbe zurück, welche gewöhnlich von Kreisform ist und Züge aufweist, welche gegen die Peripherie divergieren, das Stadium des vorgeschrittenen Gewebsschwundes und der Ausheilung. Dieses Stadium scheint das persistenteste zu sein und keine weiteren Veränderungen einzugehen.

Von solchen Erwägungen ausgehend, verfolgte ich den Ablauf eines Falles von Lupus erythematodes der Lippenschleimhaut, welchen ich in der Poliklinik des Herrn Professor Jesionek zu Gießen zu beobachten Gelegenheit gehabt habe. Es handelte sich um einen klassischen Fall von Lupus erythematodes auf der Haut des Nasenrückens und um die in Frage stehenden Komplikationen des Leidens durch Veränderungen der Schleimhaut der Unterlippe.

Die Patientin, 32 Jahre alt, unverheiratet, hat bei ihrer Aufnahme in die Poliklinik angegeben, daß das Hautleiden an der Nase, dessentwegen sie in die Poliklinik komme, seit 4 Jahren bestehe. Sie habe, als sie 27 Jahre alt gewesen sei, bei der Feldarbeit im Frühjahre einen heftigen Sonnenstich im Gesicht erlitten. Damals sei das Gesicht stark geschwollen gewesen, und so rot, daß die Eltern geglaubt haben, sie bekäme die Rose. Aber nachdem ein paar Tage lang viel Wasser aus der kranken Haut abgelaufen sei, sei es besser geworden. Im ganzen Gesicht habe sich die Haut abgeschuppt, und von dem Sonnenstich sei schließlich nichts anderes übrig geblieben als ein paar rote Flecken auf der Nase. Vor allem die Nasenspitze sei von Anfang an stark gerötet gewesen; aber diese Rötung sei niemals so stark gewesen wie damals, als sie den Sonnenbrand gehabt habe, auch die Flecken auf dem Nasenrücken seien ganz deutlich zu sehen gewesen, aber doch nicht so lebhaft rot wie zu Beginn des Sonnenstiches. Sie habe auch gar nicht weiter auf diese Flecken geachtet, weil sie gedacht habe, diese hingen noch mit dem Sonnenstich zusammen und würden mit der Zeit vollkommen verschwinden. Schmerzen oder Jucken oder sonst eine Belästigung durch diese roten Flecken habe sie niemals empfunden. Erst in der letzten Zeit, etwa vor einem halben Jahre, habe die rote Nase angefangen, ihr Kummer und Sorgen zu bereiten. Obwohl sie sich immer vor dem Sonnenbrand sehr in Acht genommen habe, seien die Flecken auf der Nase größer geworden und auch ein paar neue Flecken seien zu den alten hinzugetreten; der Zustand wie er jetzt bestehe, sei seit einem halben Jahre vorhanden,

sie glaube, daß die Röte jetzt von der Nase auch auf die Wangen übergreifen wolle. Zu manchen Zeiten sei die Rötung lebhafter, zu manchen Zeiten geringer. Salben vertrage sie sehr schlecht, daraufhin würde die Nase immer noch röter. Am besten tue ihr Butter, damit könne sie die Schuppen am besten ablösen. Des ferneren gibt die Patientin an, sie sei in ihrem 16. und 17. Lebensjahre bleichsüchtig gewesen, andere Krankheiten habe sie nie gehabt, an Husten und an Drüsen habe sie nie gelitten. Von ihren Eltern und Geschwistern weiß die Kranke zu berichten, daß diese vollkommen gesund seien und niemals an Husten und Lungenleiden gelitten haben. Auch Hautkrankheiten seien in der Familie niemals vorgekommen.

Patientin ist von kräftigem Körperbau und gutem Ernährungszustand, sieht gesund und rüstig aus; die Farbe der Iris ist graublau, die der Haare ein Gemisch von Dunkelblond und Braun. Die Behaarung ist eine mangelhafte, schüttere, die Haare sind ziemlich glanzlos, kurz und auch der Haarboden mit seinen gelblichen Auflagerungen läßt sofort erkennen, daß die Kranke jedenfalls schon längere Zeit an Seborrhöe des behaarten Kopfes und an Haarausfall leidet. Die Haut des Gesichtes ist in mäßigem Grade pigmentiert, weist aber, abgesehen von dem Krankheitsherde auf der Nase keine Besonderheiten auf. Drüsenschwellungen bestehen weder am Halse, noch sonst irgendwo. Seitens der Respirations- und Zirkulationsorgane sind pathologische Befunde nicht zu erheben, insbesondere sind nirgends Anzeichen aufzufinden, daß eine tuberkulöse Erkrankung besteht oder je bestanden hat.

Die Haut der Nase ist gerötet, und zwar erstreckt sich die Rötung in ziemlich gleichmäßiger Färbung von der Nasenwurzel über den Nasenrücken und über die seitlichen Anteile des Nasendaches auf die Nasenspitze und auf die Nasenflügel. In den Nasolabialfalten setzt sie sich in einer scharfen Linie gegen die gesunde Haut der Wangen ab.

An der Spitze erfolgt die Abgrenzung der Röte in einer scharfgezogenen Bogenlinie, so zwar, daß das häutige Septum in den Krankheitsprozeß nicht mehr miteinbezogen ist. Auch an den Nasenflügeln ist die Begrenzung der Röte eine scharfe; in das Innere der Nasenaperturen erstrecken sich die krankhaften Veränderungen nicht. Desgleichen ist oberhalb der Nasolabialfalten zwischen der erkrankten Hautpartie über dem Nasenrücken und den seitlichen Teilen der äußeren Nase einerseits, der angrenzenden Hautpartie der Wangen andererseits eine scharfe Grenze gezogen. Jede einzelne Stelle der Peripherie des Krankheitsherdes läßt erkennen, daß wir hier einen Prozeß vor uns haben, der sich gegen die gesunde Umgebung scharf abgrenzt. Die Rötung selbst ist bei genauer Betrachtung keine absolut gleichmäßige. Unschwer erkennen wir, daß gerade an der Peripherie, an der scharfgeschnittenen Grenze gegen das Gesunde zu, die Farbe eine lebhaftere ist, daß das Rot hier hellere, frischere Beschaffenheit aufweist und einen leichten gelblichen Ton beigemischt enthält. Ueber dem Nasenrücken und an der Nasenspitze spielt das Rot in die blaue Farbe über, allerdings ist der Stich ins Bläuliche kein besonders stark hervortretender und wir würden der lividen Tönung des Rot hier gar nicht so leicht bewußt werden, wäre nicht in dem frischeren hellen Rot der Randzone mit ihrer gelblichen Nuance ein sinnfälliger Kontrast gegeben. Auch der Glanz der an den Randpartien zweifellos stärker gespannten Epidermis trägt dazu bei, daß wir der verschiedenen Nuancierungen der roten Farbe an unserem Krankheitsherde gewahr werden. Aber nicht nur die Farbe weist über den verschiedenen Partien des Krankheitsherdes bestimmte Differenzen auf, auch die sonstigen Qualitäten der Oberfläche lassen in dem auf den ersten Blick scheinbar uniformen Bilde manche Verschiedenheiten erkennen. Die rote Randzone ist glatt, verrät eine geringe, aber deutliche Schwellung des Gewebes. Der tastende Finger erkennt, daß die kranke Hautpartie an der Grenze gegen das Gesunde deutlich erhaben ist; es ist ein ausge-

sprochenen Wall vorhanden, welcher den Krankheitsherd gegen die Umgebung abgrenzt. Schuppenauflagerungen finden sich in spärlicher Menge über der ganzen Ausdehnung des kranken Gebietes. An dem lebhaft roten Walle sind sie von gelblicher Beschaffenheit und fühlen sich fettig an, während die dem Nasenrücken und der Nasenspitze aufgelagerten Epidermisfetzchen grauweiß erscheinen und entschieden von trockenerer Beschaffenheit sind. Hebt man die Schüppchen ab, so sieht man, daß sie an ihrer Peripherie frei flottieren, nicht an die Unterlage festgeheftet sind; im Zentrum dagegen sitzen sie fest, und bei der Ablösung erkennt man, daß zapfenartige Fortsätze von der Unterseite des Schüppchens in die einzelnen Follikularöffnungen sich hineinerstrecken. Dieses Verhältnis an den Schuppen ist über dem ganzen Krankheitsherde gegeben. Aber an den Randzonen sind die Follikularöffnungen, welche man durch Abheben der Schüppchen frei legt, in größerer Anzahl vorhanden, sie sind feiner und kleiner. Nach der Wegnahme der Auflagerungen sieht man den schmalen, wallartigen Saum wie mit zarten Pünktchen besetzt. Über dem Nasenrücken dagegen und an der Nasenspitze sind die einzelnen Epidermisschüppchen, welche sich ablösen lassen, um etwas größer, und an ihrer Unterfläche findet sich meist nur ein Zapfen, ziemlich lang und dick, welcher sich aus einer trichterförmigen, erweiterten Follikularmündung heraushebt. Solcher weiter, lochartiger Follikel finden sich hier in nicht geringer Menge, aber sie stehen ziemlich weit voneinander, und es scheint, als ob zahlreiche Follikel in den Zwischenräumen zwischen diesen sehr sinnfälligen follikulären Einstülpungen zu Grunde gegangen wären. Aber auch ganz abgesehen davon, daß zahlreiche Follikel verschwunden zu sein scheinen, macht die Haut hier einen atrophischen Eindruck. Das Gewebe erscheint verdünnt und verschmächtigt. Es sieht aus, als ob die beträchtliche Einziehung der restierenden Follikel auf narbige Veränderungen im Gewebe zurückzuführen seien. Eine Infiltration, wie sie die Randzone aufweist, ist hier in zentralen

teilen des Krankheitsherdes nicht mehr vorhanden. Teleangiektatische feine Gefäßschlingen, welche innerhalb der lividen Verfärbung sich darstellen, vermehren den Eindruck, daß atrophische Vorgänge hier das Aussehen des klinischen Bildes bestimmen.

Übrigens sei ausdrücklich hervorgehoben, daß, wenn auch die Abgrenzung der Peripherie gegen das Gesunde in einer scharfgezogenen Linie erfolgt, diese nicht etwa gleichmäßig verläuft, sondern sich aus flachen, einzelnen Bogenlinien zusammensetzt, so daß sich ohne weiteres bezüglich der Entstehung der Nasenhauterkrankung der Schluß ergibt, daß hier scheibenförmige Efflorescenzen zu einem in kontinuo sich ausbreitenden Krankheitsherde konfluiert sind.

Die genaue Untersuchung der Kranken ergibt einen zweiten Krankheitsherd an der Haut; er liegt in der linken Präaurikulargegend. Hier findet sich eine ovale kranke Stelle etwa vom Umfange eines Pfennigstückes, welche einen 1 mm breiten roten, erhabenen Ring mit Schuppen und ein narbig atrophisches weißglänzendes Zentrum erkennen läßt. Auch hier sind über der Randzone die Schüppchen nicht gerade leicht abzukratzen, und bei ihrer Abhebung weisen sie auf ihrer Unterfläche feine Zäpfchen auf, welche kleinsten punktförmigen Follikularöffnungen entsprechen.

Auch hier sind im Zentrum feinste ektastische Gefäßchen als rote Streifen innerhalb des weißen Narbengewebes zu sehen. Die Ohrmuscheln selbst sind frei von ähnlichen Veränderungen und auch auf dem behaarten Kopfe findet sich kein Krankheitsherd, welcher mit der Affektion der Nase und der Präaurikulargegend in Zusammenhang zu bringen wäre.

Wohl aber finden sich noch krankhafte Veränderungen auf der Schleimhaut der Unterlippe. Die Oberlippe ist von normaler Beschaffenheit; Wangenschleimhaut, Zungenschleimhaut, Zahnfleisch und die Schleimhaut des Rachens erscheinen etwas blaß und anämisch, zeigen aber keine andere pathologische Veränderung.

Auch die Unterlippe ist nicht in ihrer Totalität erkrankt. Der der Zahnreihe zugekehrte Teil ist vollständig gesund; einzig und allein das Lippenrot ist von krankhaften Veränderungen befallen. Der erste Eindruck, welchen der Anblick der Unterlippe erweckt, ist der, daß sie trocken und glanzlos erscheint und daß das Lippenrot seine normale lebhaftrote Farbe eingebüßt hat. Dabei aber erkennt man doch sofort, daß es sich hier nicht um einen einheitlichen Vorgang handelt, sondern daß verschieden gestaltete Veränderungen in den verschiedenen Teilen der Unterlippe wahrscheinlich verschiedene Phasen ein und desselben Prozesses vorliegen. Die Erkrankung der Unterlippe setzt sich aus verschiedenen Einzelherden zusammen. Da und dort sind Residuen des gesunden Schleimhautgewebes zurückgeblieben; wenn auch spärlich vorhanden, führen sie doch zu einer Differenzierung der einzelnen Krankheitsherde.

Was das Krankheitsbild an der Schleimhaut der Unterlippe beherrscht, sind entschieden Erscheinungen narbiger Atrophie. Besonders die rechte Hälfte der Unterlippe scheint die welke, trockene Beschaffenheit, ihre graue bläuliche Verfärbung dem Vorhandensein von narbigem Gewebe zu verdanken, narbigen Veränderungen, welche sich an umschriebenen Einzelherden abgespielt haben.

So ist nahe dem rechten Mundwinkel eine bohnenförmige Figur gezeichnet, welche aus einem vertieften gefältelten Zentrum besteht und aus einem etwa 2 mm breiten weißgrauen Saum. Daneben liegt eine erbsengroße rundliche Stelle, welche gleichfalls ein eingesunkenes Zentrum und einen wallartigen Rand erkennen läßt. Die hier auf der rechten Hälfte neben diesen 2 Einzelgebilden restierende Schleimhautpartie ist auch nicht normal, sie ist von ähnlicher Beschaffenheit wie die zentralen Anteile der genannten Figuren, trocken gefältelt, nicht rot, sondern graublau. Wenn man das Gewebe zwischen den Fingern spannt, wird die narbige Atrophie der Schleimhaut noch deutlicher. Das Gewebe ist verschmächtigt, die Oberhaut verdünnt,

feinste Gefäßreiserchen treten zutage. Solche finden sich übrigens auch in den vertieften Zentren der umschriebenen Bildungen. Außerdem aber sieht man an der gespannten Schleimhaut auch einzelne weiße Züge, die wie gewöhnliche Narben des Schleimhautgewebes aussehen, wie solche nach Inzisionen oder tieferen Einrissen an der Schleimhaut zurückbleiben können. Nur ist der Verlauf der kleinen narbigen Züge nicht so regelmäßig und gestreckt, daß man an eine derartige Provenienz denken möchte. Im Gegenteil, stellenweise sehen diese weiße Streifen verzweigt aus, und von den gröberen Bälkchen verlieren sich feinere Streifchen ins umliegende atrophische Gewebe. Und außer den Streifchen und Linien finden sich in nicht geringer Anzahl überall verstreut kleine weiße Pünktchen, punktförmige Anhäufung von Narbengewebe innerhalb der diffusen Atrophie. Die erwähnten grauweißen, leicht erhabenen Randzonen erwecken den Eindruck, als ob eine Infiltration unter ihnen vorhanden wäre. Wenn man aber das Gewebe zwischen den Fingern spannt, erkennt man, daß die Undurchsichtigkeit und trübe Beschaffenheit wohl nur auf Verdickung und Verdichtung des Epithels zurückzuführen ist. Am Übergang des Lippenrots in die äußere Haut und auch hinten gegen die innere Partie der Lippe zu erkennt man, daß diese Epithelverdichtung an den einzelnen Stellen graduelle Verschiedenheiten aufweist und daß die lichteren und dünneren Partien von dem Gewebe innerhalb und zwischen den Säumen sich einzig und allein dadurch unterscheiden, daß über jenem epidermoidale Veränderungen noch vorhanden sind, welche über den atrophischen Partien verschwunden sind. Dem entspricht auch der Umstand, daß über den verdichteten grauweißlichen Randzonen eine leichte kleienförmige Schilferung vorhanden ist, während die in der narbigen Atrophie am weitesten vorgeschrittenen Anteile des Schleimhautgewebes ohne solche Auflagerungen sind, dagegen in der Ruhelage des Gewebes eine zarte Fältelung ihrer Oberhautanteile zeigen. Einrisse, Exkorationen oder Geschwüre sind hier auf der

rechten Seite nicht vorhanden, ebensowenig auf der linken Seite.

Hier sind die medialen Anteile der Schleimhaut von der nämlichen Beschaffenheit wie rechts. Größere Partien sind hier narbig atrophisch, die Epidermis ist gefältelt, und da und dort sind auch in Form von kleinen Bogenanteilen die grauweißlichen undurchsichtigen Trübungen vorhanden. Aber so ausgesprochene Figurenbildungen, wie wir sie auf der rechten Seite sehen, finden sich hier nicht. Dagegen imponiert auf der Schleimhautpartie gegen den linken Mundwinkel zu, inmitten des vornehmlichsten Restes, welcher von dem gesunden Schleimhautgewebe übrig geblieben ist, ein linsengroßer Fleck, welcher mit seiner lebhaft roten Farbe und dadurch, daß er aus dem Niveau seiner Umgebung plateauartig sich heraushebt, gegen die blässere und bläulich erscheinende normale Schleimhaut deutlich kontrastiert. Diese kleine, rote, auch stärkere Turgeszenz aufweisende runde Stelle ist bei genauem Zusehen, besonders auch, wenn man eine leichte Spannung im Gewebe der Umgebung bewirkt, ungemein sinnfällig. Sie erweckt den Eindruck, als ob es sich hier um eine Primäreffloreszenz handle, welche ihrem klinischen Aussehen nach nichts anderes repräsentiert, als eine mit Rötung und Schwellung einhergehende zirkumskripte Entzündung. Die Schwellung erscheint im wesentlichen ödematösen Charakters zu sein. Schuppen oder sonstige Auflagerungen sind nicht vorhanden. Die normlae Oberflächenstruktur der Schleimhaut ist durch die Schwellung verwischt.

Die Patientin wurde befragt, ob sie sich der Erkrankung ihrer Unterlippe bewußt wäre und ob sie anzugeben wüßte, wann diese begonnen hätte. Die Antworten ließen erkennen, daß die Kranke wohl wußte, daß sie öfters gesprungene Lippen hätte, daß sie aber sonst durch keinerlei subjektive Belästigung auf diese Erkrankung aufmerksam geworden war. Auch seitens ihrer Umgebung ist sie nie auf die Veränderungen der Lippe aufmerksam gemacht worden.

Aus dem weiteren Verlaufe des Leidens sei erwähnt,

daß die Krankheitsherde über der Nase und in der linken Präaurikulargegend mit bestem Erfolge der Behandlung mit statischer Elektrizität nach Suchier unterstellt worden sind. Auf den Wunsch der Patientin wurde von einem Versuche einer Therapie an der Unterlippe Abstand genommen, und so waren wir in der Lage die Veränderungen hier in monatelanger Beobachtung zu verfolgen.

Da sei zunächst erwähnt, daß wesentliche Veränderungen im Bilde der Affektion an der rechten Hälfte der Unterlippe nicht aufgetreten sind. Die Schleimhaut verblieb in der Verfassung, in welcher wir sie kennen gelernt hatten. Das kann mit Sicherheit gesagt werden, daß die von Anfang an geringfügige Desquamation der grauweißlichen Randzonen sich immer mehr verminderte, ohne daß je hier Salben aufgetragen worden wären oder sonst eine Therapie stattgefunden hätte.

Je mehr die Schuppung sich verlor, um so heller und um so dünner wurde die Stelle, umsomehr verschwand die Verdickung des Epithels und dadurch wurde der Eindruck der narbigen Atrophie immer einheitlicher. Auch kam die Patientin ab und zu in die Poliklinik mit leichten frischen Einrissen im Bereiche der Atrophie oder mit Auflagerungen von feinen Blutkrüstchen, unter welchen sich oberflächliche Erosionen kundgaben, eigentliche Geschwürsbildung kam nie zur Beobachtung.

Von besonderem Interesse aber waren die Veränderungen, welche sich an der oben genannten runden entzündlichen Stelle im Laufe der Zeit abgespielt haben. Dieser „Primärfleck" ist innerhalb der ersten Wochen der Beobachtung entschieden gewachsen. Er hat sich nach der Peripherie vergrößert und sich zu einer ausgesprochenen Scheibe entwickelt, so zwar, daß schließlich ein kreisförmiger Raum von der vorderen bis zur hinteren Umschlagstelle des Lippenrotes von einer flachen roten Papel eingenommen war; von solchem Umfange war anfangs nicht die Rede gewesen. Dabei änderte aber dieser Fleck seine morphologische Beschaffenheit in keiner Weise; es war an

umschriebener Stelle Rötung und ödematöse Schwellung vorhanden, ohne Exsudation, ohne Schuppung, ohne sonstige sekundäre Variation. Dabei sei ausdrücklich hervorgehoben, daß in dieser Zeit Differenzen zwischen den zentralen und peripheren Anteilen der Scheibe nicht beobachtet worden sind. Auch ekatische Gefäße oder sonst irgendwelche Zeichnungen sind in den roten Flecken nicht zutage getreten. Der Kontrast gegen den gerade hier sich erhaltenden Rest des gesunden Gewebes war ein deutlicher, lange Zeit, bis schließlich in der 10. Woche der Beobachtung in der Krankengeschichte verzeichnet worden ist, daß er in toto eine mehr livide Färbung angenommen habe, daß er nicht mehr so glatt und glänzend wie früher aussehe und daß die papulöse Erhabenheit, welche früher ungemein sinnfällig gewesen, als solche mit dem Gesichtssinn nicht mehr erkannt werden könne; wohl habe der fühlende Finger noch das Gefühl einer flachen Resistenzvermehrung des Gewebes an dieser Stelle. Als die Kranke nach langer Pause sich Mitte Juli in der Poliklinik wieder sehen ließ, war der rote Fleck verschwunden und an seiner Stelle fand sich eine grauweißliche Stelle, welche im Zentrum vollkommen glatt erschien und an ihrer Peripherie ringartig von einem Saum sehr dicht stehender, aber feiner Epidermisfetzchen bedeckt war, durch die Differenzierung der dichteren Randzonen und des glatten Zentrums hatte die Stelle ein Aussehen gewonnen, wie es die einzelnen Stellen aufgewiesen haben, über deren Randzonen wir eine Verdichtung des Epithels festgestellt haben. Auffallend war der Umstand, daß dieser graue, undurchsichtige Fleck wieder von geringerem Umfange war als die rote Scheibe, von welcher ursprünglich die Rede gewesen war. Er war nicht größer als erbsengroß; nur bei genauerem Zusehen erkannte man, daß auch die früher in die Rötung mit einbezogene periphere Partie von Veränderungen befallen war, insofern sich hier kleinste, feinste Fältchen fanden, welche von dem grauweißen Zentrum auszustrahlen schienen.

Ende Juli war es das letzte Mal, daß wir die Patientin

in der Poliklinik wiedersahen. Die Krankheitsherde an der Nasenhaut und in der Präaurikulargegend waren zur vollkommenen Abheilung gelangt. Neue Herde waren weder an der Haut noch an der Schleimhaut aufgetreten. Die Schleimhaut der Unterlippe war von düster violetter Farbe und mit zahlreichen grauen Pünktchen und Streifchen durchsetzt. Auf den ersten Blick war zu ersehen, daß das Gewebe verdünnt und verschmächtigt war, aber die genauere Betrachtung zeigte auch jetzt noch, daß der atrophische Prozeß sich an einzelnen Herden abgespielt haben mußte. Zwischen den Resten des gesund gebliebenen Schleimhautgewebes fielen die einzelnen umschriebenen atrophischen Bezirke dadurch auf, daß das Epithel hier in feine Fältchen gelegt war, und daß an diesen Stellen deutliche Niveaudifferenzen sich geltend machten. Schuppung war nirgends mehr zu sehen. Die markantesten Erscheinungen fanden sich über jener Stelle, an welcher wir die scheibenförmige Primäreffloreszenz konstatiert hatten. Hier hob sich aus der bläulich violetten Umgebung ein erbsengroßer grauweißlicher Fleck ab, welcher im ersten Augenblicke das Aussehen einer syphilitischen Schleimhautpapel vortäuschen konnte. Spannte man aber das Gewebe zwischen den Fingern, so mußte man erkennen, daß die scheinbare Papel auch hier durch eine Fältelung der Oberhaut bedingt war; nur waren die Fältchen etwas massiger und dichter zusammengelagert. Ein glatter blau violetter Punkt inmitten dieser gefältelten Stelle berechtigte dazu zwischen einer umfangreichen Randzone und einem minimalen immerhin deutlichen Zentrum zu unterscheiden.

Überall sah man unter den Fältchen feine Gefäßchen, welche von dem zentralen Punkt radiär ausstrahlten. In der randständigen Epithelverdickung konnte man dickere und feinere graue Narbenzüge und Narbenpünktchen, wie wir solche schon früher beschrieben haben, deutlich unterscheiden. Ihre dichte Aufeinanderlagerung mag auch dazu beigetragen haben, den grauweißlichen Farbenton dieser umschriebenen Stelle zu erhöhen. Allerdings fanden sich

solche Pünktchen und Streifchen auch außerhalb der erbsengroßen Stelle in deren nächsten Nachbarschaft; hier aber waren sie nicht so zahlreich und nicht so dicht aneinander gelagert. Die einzelnen Streifchen hier machten den Eindruck, als ob sie die Endausläufer der zentralen narbigen Züge darstellten. Schuppung war auch hier nicht vorhanden.

Es hatte sich also an dieser Stelle gewissermaßen unter unsern Augen die Umwandlung der roten glatten Scheibe in eine atrophische Stelle vollzogen. Nach dem hyperämischen Stadium war eine Zeit lang das auffälligste Symptom die Epithelverdichtung gewesen. Immer mehr hatte diese sich verringert, und um so deutlicher waren daneben ektatische Gefäßchen zutage getreten und jene scharfen Narbenzüge, welchen wir auch sonst inmitten des atrophischen Gewebes begegnet waren.

Wir sind leider nicht in der Lage gewesen, das Krankheitsbild auch histologisch einer Prüfung zu unterstellen. Unsere kasuistische Mitteilung muß sich darauf beschränken, die klinischen Erscheinungsformen in einem einwandfreien Falle zu verzeichnen. Bei der Seltenheit der Affektion oder vielleicht besser gesagt, unter Berücksichtigung des Umstandes, daß der Lupus erythematodes der Schleimhaut nicht gerade häufig beschrieben worden ist, und des Umstandes, daß die vorliegenden Beschreibungen in nicht unerheblichem Umfange differieren, rechtfertigt sich die Bekanntgabe eines Falles, welchen wir, auch ohne durch anatomische Untersuchungen unsere Diagnose stützen zu können, mit Sicherheit als ein klassisches Beispiel von Lupus erythematodes-Erkrankung der Lippenschleimhaut bezeichnen müssen.

Der Charakter der Affektion an der äußeren Haut in unserem Falle war nicht zu verkennen; in eindeutiger Weise lag hier das Bild des Lupus erythematodes zutage. Und wie an der Haut, so hat es sich auch an der Schleimhaut der Unterlippe um einen zirkumskripten fleckförmigen Entzündungsvorgang gehandelt, welcher ohne Eiterbildung oder

geschwürige Umwandlung zu erfahren, zu Atrophie des affizierten Gewebes geführt hat. Erscheinungen, welche in dem klinischen Bilde aufs allerdeutlichste sich wiedergespiegelt haben. Zudem sind wir in der Lage, unseren Fall mit jenen Fällen zu vergleichen, über welche in letzter Zeit aus der Wiener dermatologischen Klinik Kren berichtet hat. An der Hand von vier Fällen hat Kren das Bild der Schleimhauterkrankung des Lupus erythematodes in einer Weise geschildert und klargestellt, wie es zuvor wohl noch nicht der Fall gewesen ist. Seine Ausführungen entsprechen voll und ganz unseren Beobachtungen. Soweit es möglich ist, aus einem einzigen Falle zu der Frage Stellung zu nehmen, können wir Krens Angaben, welche sich auf die Erkrankung der Lippenschleimhaut beziehen, in allen wesentlichen Punkten bestätigen

Kren gibt an, daß die Erscheinungen des Lupus erythematodes am Lippenrot denen an der Mundschleimhaut ähnlich seien. Die einzelnen Herde der Lippe kämen bald zur Konfluenz und nähmen bald die ganze Lippe ein. Auch wir haben dieses Verhältnis zu konstatieren gehabt. Bei typischen, dabei nicht allzu frischen Fällen, sagt Kren, repräsentieren sich die Krankheitsherde zunächst unter dem Bilde einer oberflächlichen Entzündung, welche sich nach außen gegen die gesunde Schleimhaut, meist in scharfen Grenzen abheben. Die Randzonen der einzelnen Herde seien eleviert und flachten sich gegen die Umgebung langsam ab, während sie gegen das Zentrum steil abfielen. Dieses Zentrum lasse eine atrophische glatte, häufig violette rote Schleimhaut erkennen, welche mit zahllosen weißen oder blauweißlichen, äußerst zarten, teils dicht, teils weniger dicht gestellten Pünktchen und Streifchen bedeckt sei. Die Ränder seien dunkelrot und zeigten beim näheren Zusehen einzelne erweiterte, äußerst dichtstehende, radiär gestellte Gefäßchen, die sich in die Umgebung langsam verlieren. Mit Recht hebt Kren dieses Stadium der beginnenden Involution ganz besonders hervor. Im Krankheitsbilde sind hier die-

jenigen Symptome gegeben, welche die Diagnose ohne weiteres ergeben; Entzündung, zentrale Involution unter dem Bilde der Atrophie und peripheres Weiterschreiten des Prozesses. Die gegen das Zentrum zu steil abfallenden Ränder, die mit Gefäßektasien durchsetzten hyperämischen Randwälle haben wir nicht zur Beobachtung bekommen.

In unserm Falle ist an dem einen früheren Herde dieses Stadium der beginnenden zentralen Involution wohl in jene Zeit gefallen, in welcher die Patientin durch Monate hindurch nicht zur Beobachtung gekommen ist. Und die anderen Herde wiesen bereits die Erscheinungen weiter vorgeschrittener Atrophie auf, schon zu der Zeit, als wir die Patientin kennen lernten. Jener frische Krankheitsherd repräsentierte uns die Primärläsion; es war das zuerst eine rote, flachpapulöse Scheibe, ziemlich scharf gegen die Umgebung abgesetzt, an welcher sich die den Prozeß kennzeichnenden sekundären Veränderungen noch nicht eingeleitet hatten. Einzig und allein der Umstand, daß sich diese rote Erhabenheit neben Erscheinungen vorgeschrittener Atrophie an ein und derselben Schleimhaut einer Lupus erythematodes-Patientin gefunden hat, hat uns die Berechtigung gegeben, in dem umschriebenen Entzündungsprozeß tatsächlich die Primäreffloreszenz der Lupus erythematodes-Erkrankung an der Schleimhaut zu erkennen. Als wir diese kranke Stelle nach Monaten wiedergesehen haben, waren die atrophisierenden Involutionserscheinungen bereits zu einem weiteren Stadium vorgeschritten. Über das Zentrum hinaus hatte die Atrophie den ganzen Krankheitsherd befallen und zu einer peripheren Ausbreitung des Prozesses war es nicht gekommen. Immerhin waren auch wir in der Lage ein Stadium zu erblicken, in welchem sich zwischen dem zentralen Teile und der Peripherie noch Unterschiede geltend machten. Es war ganz zweifellos, daß auch in unserm Falle die Atrophie zentral eingesetzt hatte, in den Rändern war die Verdünnung des Gewebes noch nicht so weit vorgeschritten wie im Zentrum. Dieses Stadium entspricht mehr jenem, von welchem Kren folgendermaßen

berichtet: „In alten Herden oder in solchen, die keine so sehr akute Entzündung zeigen, ist dementsprechend das Bild der Randumsäumung verändert. Die Blutgefäße sind dann nicht so gefüllt, die Ränder erscheinen somit nicht dunkelrot, auch nicht so sehr eleviert, sondern zeigen in schmalen, wenig erhabenen Säumen eine Epithelverdickung, sind somit weiß oder blauweißlich. Charakteristisch sind nun die Ausläufer dieser Ränder, die sich reisbesenartig nach außen auffasern und dadurch eine äußerst zarte Zeichnung geben." „Die Zentren dieser Plaques fährt Kren fort, zeigen dieselben punkt- und streifenförmigen Epithelverdickungen, wie die Plaques mit akuter Randentzündung. Besonders am Lippenrot tritt das feine Netz der weißen Streifchen schön und deutlich hervor. Es ist das ein Merkmal, das man immer wieder findet und das in den einzelnen Beschreibungen zu wenig hervorgehoben wird."

Auch wir haben diese aus feinen grauweißlichen Pünktchen und Streifchen bestehende Zeichnung in den zentralen und peripheren Stellen der figurenförmigen Bildungen gesehen, ebensowohl aber auch in jenen Partien der Schleimhaut, welche einen diffus atrophischen Eindruck gemacht hat. Zweifellos hat auch hier der Krankheitsprozeß ursprünglich in Form einzelner Herde sich abgespielt. Aber durch die Konfluenz der einzelnen sich vollkommen involvierenden Herde war es zu diffuser Ausbreitung der Atrophie gekommen, die sich nicht mehr scharf von der intakt gebliebenen Schleimhaut abhob. Kren ist der Ansicht, daß diese Streifchen und Pünktchen im wesentlichen auf Epithelverdickung zurückzuführen sei. Wir können uns das Eindruckes nicht erwehren, als ob wir in diesen distinkten grauweißlichen Linien und Pünktchen inmitten eines diffus atrophischen Gewebes wahre Narben vor uns haben. Zum Teil sind diese Narbenzüge und Narbenpunkte die Residuen von äußeren Verletzungen und von Einrissen, wie sich solche in dem brüchigen atrophischen Gewebe wohl leicht ergeben. Aber es wäre auch denkbar, daß der atrophisierende Prozeß als solcher an einzelnen punkt- und streifenförmigen

Stellen zur Entstehung wahren Narbengewebes geführt haben könnte. Epithelverdickung haben wir ausschließlich über den kreis- und halbkreisförmigen Bogen beobachtet, welche die figurierten Bildungen umschließen. Und zwar haben wir im Bereiche dieser Epithelalteration stets auch eine vermehrte Desquamation beobachtet. Je mehr sich diese feine Epithelabschilferung verringerte, umso leichter und durchscheinender wurden die ursprünglich scheinbar erhabenen Stellen, bis schließlich auch diese nichts anders als glatte narbigatrophische Beschaffenheit aufwiesen, wie sie anfangs nur die zentralen Teile der Effloreszenzen gezeigt haben. Das Schwinden dieser Randveränderungen führt schließlich dazu, daß man meinen könnte, es habe sich an der Unterlippe nicht ein herdförmiger, sondern ein diffuser Krankheitsprozeß abgespielt, der das Lippenrot in toto in atrophisches rissiges graubläuliches Gewebe umgewandelt habe.

Auch nach unserer Beobachtung sind geschwürige Metamorphosen dem Bilde des Lupus erythematodes fremd. Wohl aber können Einrisse und Blutungen zustande kommen; auch ist es denkbar, daß besonders geartete Traumen einen ulzerösen Prozeß zur Folge haben. Stets aber wird dieser als eine sekundäre Affektion anzusprechen sein, welche mit dem Wesen des Prozesses nichts zu tun hat.

Fassen wir zusammen, was wir bei unserm Falle von Lupus erythematodes der Lippenschleimhaut beobachtet haben, so können wir sagen, daß es sich hier um eine Reihe von Einzeleffloreszenzen gehandelt hat, welche in den verschiedenen Stadien ihrer Entwicklung zur Konfluenz gelangt sind. Die ersten Erscheinungen des Prozesses stellten sich uns dar unter dem Bilde einer roten flach erhabenen Scheibe, die durch ihre lebhafte Farbe und die deutliche, wenn auch geringe Niveaudifferenz aus der gesunden Umgebung sich abhob. An dieser Effloreszenz sowohl wie an Veränderungen, welche älteren vorgeschritteneren Stadien des Prozesses entsprochen haben, konnten wir feststellen, daß die spontane Involution in der Weise erfolgt, daß nach monate-

langem Bestande der Hyperämie und des Ödems sich im Zentrum des roten Fleckens atrophische Vorgänge abspielten, und daß das Sistieren des Prozesses an der Peripherie sich durch das Auftreten weißlichgrauer Ränder dokumentiert. Es ist möglich, daß hier in der Tiefe des Gewebes Ödem und Infiltration noch vorhanden sind. Das wesentliche klinische Symptom aber ist eine Verdichtung des Epithels und eine kleienförmige Desquamation. Schließlich verschwindet auch diese Erscheinung und es restiert zum Schluß nichts anderes als glatte Atrophie. In jeder Phase des Prozesses kann es zu Einrissen in das atrophische Schleimhautgewebe kommen. Eventuelle ulzeröse Vorgänge sind auf sekundäre Momente zurückzuführen.

Bezüglich der Literatur verweise ich auf:

1. Trautmann, Zur Differentialdiagnose von Dermotosen und Lues bei den Schleimhauterkrankungen der Mundhöhle und oberen Luftwege mit besonderer Berücksichtigung der Hautkrankheiten als Teilerscheinungen. 1903 Wiesbaden, Verlag von J. F. Bergmann.
2. Kren, Über Lupus erythematodes des Lippenrots und der Mundschleimhaut. Archif. Derm. und Syph. 1907. B. 83, 1, und
3. auf die Lehrbücher der Hautkrankheiten von Kaposi, Jarisch, Lesser, auf Jadaßohns Abhandlung über den Lupus erythematodes in Mracek's Handbuch der Hautkrankheiten.

Zum Schluß sage ich meinem hochverehrten Lehrer, Herrn Prof. Dr. Jesionek, meinen aufrichtigsten Dank für die vielfache Unterstützung und Anregung bei Abfassung meiner Arbeit.

Lebenslauf.

Ich, Albert Eckhard, geboren am 8. Juli 1881 zu Netra, Kreis Eschwege, habe die Dorfschule zu Neukirchen, Kreis Hünfeld, die Gymnasien zu Hersfeld und Korbach besucht. Ostern 1901 habe ich zu Korbach das Maturitätsexamen bestanden. Im S. S. 1901 studierte ich in München Mathematik und Physik. Vom W. S. 1901/02 bis S. S. 1904 studierte ich in Gießen Medizin. Ende W. S. 1903 bestand ich die ärztliche Vorprüfung in Gießen. W. S. 1904/05 studierte ich Medizin in Berlin. Vom S. S. 1905 bis S. S. 1906 studierte ich Medizin in Gießen, wo ich im Nov. 1906 das ärztliche Staatsexamen bestand.